QUELQUES CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES

A PROPOS D'UN CAS DE

PHLEGMON SUS-HYOÏDIEN

(ANGINE DE LUDWIG)

N° 59

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES

A PROPOS D'UN CAS

DE

PHLEGMON SUS-HYOÏDIEN

(ANGINE DE LUDWIG)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 juillet 1906

PAR

L. CAVAILLÉ

Né à Nissan (Hérault)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

MONTPELLIER

Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur

Boulevard du Peyrou, 7

1906

LIBRARY

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen.
TRUC..... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC.
Chimie médicale.....		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie.....		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS.
Opérations et appareils.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻).
GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....		JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.....		RAYMOND, (✻), agrégé.
Clinique gynécologique.....		De ROUVILLE, agrégé libre.
Accouchements.....		PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
HÉDON, *professeur.*	GRINFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma plus vive reconnaissance et de mon inaltérable affection.

L. C

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX

QUI, DE LOIN OU DE PRÈS, M'ONT PRODIGUÉ LEUR AFFECTION
OU TÉMOIGNÉ QUELQUE MARQUE D'ESTIME
JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL.

L. C.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage de respectueuse et
profonde gratitude.

L. C.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous allons aborder le terrain parfois difficultueux de la pratique médicale, nous tenons, comme tous nos aînés, à nous ressouvenir de nos années d'étude.

Nous quitterons la Faculté où nous aurons laissé à notre tour un peu de notre jeunesse pour tâcher d'obtenir un peu de son enseignement précieux, avec le souvenir ému et reconnaissant que nous devons à tous nos Maîtres de cette même Faculté et des hôpitaux.

Mais parmi eux il en est un que nous tenons à remercier de façon toute particulière. M. le professeur Gilis commença dès notre tout jeune âge à nous manifester une véritable affection. Plus tard, devenu son élève, il a tenu à nous entourer de sa sollicitude et à nous donner toute sorte de conseils puissants et éclairés.

Que ce Maître, qui fut toujours pour nous d'une infinie bonté et d'une bienveillance sans bornes, reçoive aujourd'hui l'expression de tout ce que notre cœur peut offrir de reconnaissance et d'attachement.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le professeur Hédon,

MM. Vires et Grynfeltt, professeurs agrégés, pour l'honneur qu'il nous font de paraître à notre thèse.

Nous exprimons à M. le docteur Rouvière, chef des travaux anatomiques, nos meilleurs remerciements pour les aimables indications qu'il a bien voulu nous donner.

M. Causse, dessinateur, a droit à de multiples félicitations pour la facture délicate et artistique des deux gravures qui illustrent notre ouvrage.

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de faire une monographie complète sur la question de l'angine de Ludwig. D'autres ont étudié de façon remarquable le phlegmon sus-hyoïdien.

Nous voulons simplement, à propos d'un cas observé et suivi, exposer quelques considérations cliniques que la marche de ce cas particulier nous a inspirées.

Nous commencerons par donner l'observation qui sera le point de départ de notre thèse et nous exposerons ensuite les réflexions que cette observation nous a suggérées :

1° Au point de vue de l'étiologie et de la marche de la maladie ;

2° Au point de vue du traitement ;

3° Au point de vue des complications opératoires possibles.

Toutefois, avant d'entrer dans le sujet lui-même, nous jetterons une vue d'ensemble sur l'anatomie de la région sus-hyoïdienne. Ce sera un exposé assez bref sans doute, mais il est nécessaire.

OBSERVATION

Phlegmon gangréneux sus-hyoïdien

(Inédite, personnelle)

Le 30 avril 1904, M. le docteur Gilis était appelé en consultation par M. le docteur Guibal pour un malade de Montpellier, M. X..., âgé de 49 ans.

Antécédents personnels : Ce malade a joui jusqu'ici d'une bonne santé.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier à signaler.

Maladie actuelle : M. X... a commencé à souffrir le 23 avril 1904. Une dent de la mâchoire inférieure droite lui faisait mal. Il sentit se former une petite induration dans la région sus-hyoïdienne droite, mais il n'y prit pas garde.

Les jours suivants, cette tuméfaction augmenta peu à peu, devint plus douloureuse, en même temps que survient une certaine gêne pour ouvrir la bouche.

Le 30 avril, la douleur s'accentue, il y a de la difficulté pour avaler et pour ouvrir la bouche. Le médecin traitant est appelé tard dans la soirée. Il trouve une température de 39°7 à l'aisselle. En présence de tous ces phénomènes il demande le concours d'un chirurgien.

Le 1er mai au matin, j'assiste à la consultation entre mon

maître M. le professeur Gilis et M. le docteur Guibal. Le mal a fait des progrès dans la nuit : la région sus-hyoïdienne est tendue, rouge, douloureuse ; le gonflement gagne le côté droit. La palpation la plus attentive ne révèle pas de fluctuation. En explorant avec l'index le sillon formé par la joue et les gencives on ne constate rien. Mais la température est à 39 degrés. Le pouls est à 112. La gêne pour la déglutition est extrême.

L'incision s'impose. Elle est faite au bistouri après lavages convenables.

Cette incision, faite au milieu de la région sus-hyoïdienne, est parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Elle a 8 centimètres de long. Le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, il a près de 2 centimètres d'épaisseur, mais il ne renferme pas de pus. Deux artérioles sont liées dans le premier temps de l'incision.

L'aponévrose sus-hyoïdienne (aponévrose cervicale superficielle) apparaît. Elle est effondrée à la sonde cannelée. Alors s'écoule un pus grisâtre d'odeur fétide. L'incision de l'aponévrose est agrandie ; puis avec les deux index on agrandit la plaie. Le pus s'écoule plus abondant. Une pulvérisation phéniquée est faite ; une mèche de gaze est placée au fond de la plaie. Deux pansements avec pulvérisations sont prescrites pour la journée.

Le soir, la température est de 38°. La malade éprouve un grand soulagement.

2 mai. — Le matin, la température est de 36°8. Pouls calme. L'amélioration semble nette et cependant le malade se plaint de la joue.

Le soir, la température remonte à 39°.

3 mai. — Matin, température 37°4. La plaie est d'un gris sale. Le pus monte d'une sorte de puits profond, dont les

bords sont épais et œdématiés. La joue droite est plus grosse: il y a de l'œdème de la paupière inférieure.

M. Gilis fait un incision verticale sous le menton et fait passer par cette dernière un drain qu'il fait ressortir par l'extrémité antérieure de la première incision longue qui parcourt la région.

Une sonde cannelée est introduite dans l'extrémité postérieure de la même longue incision ; une contre-ouverture est faite en arrière et on passe un second drain. Lavages. Pulvérisations. Pansements.

Le soir, la température est à 37°4. La joue droite est très dure et douloureuse.

4 mai. — Le matin, la température est de 36°5. Beaucoup de pus s'écoule par les drains. En pressant la joue de haut en bas on fait sourdre du pus qui apparaît en dessous de la lèvre supérieure de la longue incision première. La joue est énorme, infiltrée par un œdème dur.

La sonde cannelée, en explorant par la plaie du côté de la joue, trouve un trajet assez large qui remonte vers la pommette.

Le thermo-cautère au rouge sombre est engagé dans ce trajet, de bas en haut. Mais il se produit aussitôt une hémorragie artérielle abondante. La faciale a été sectionnée, dans le fond de la plaie par le thermo-cautère. Les lèvres de la plaie sont écrasées en vain. On n'aperçoit pas l'artère sectionnée. M. Gilis introduit alors la sonde cannelée dans le trajet et en fait saillir la pointe en dessus, à trois centimètres au-dessus du point où était l'artère sectionnée, et il divise toute l'épaisseur des tissus au thermo-cautère pour arriver sur l'artère lésée. Les deux bouts de celle-ci apparaissent en effet nettement et sont liés l'un et l'autre. Lavage soigné de la plaie, tamponnement modéré à la gaze iodoformée.

Le soir la température est de 37°. L'enflure de la joue a

nettement diminué ; le malade se sent très amélioré. Il est bien remis de la secousse du matin.

A partir du lendemain, c'est-à-dire du 5 mai, il n'y a plus eu de fièvre.

Le 6 mai et les jours suivants, il sort des masses conjonctives mortifiées de la joue et de la plaie du cou.

Le 11 mai, le dernier drain est enlevé.

Les pansements furent continués jusqu'au 29 mai. A ce moment les tissus avaient repris un aspect presque normal : la cicatrisation s'achevait.

« Mais une complication totalement imprévue était survenue. »

Vers le 12 mai, le malade s'aperçoit et nous fait remarquer que son pansement se mouillait pendant qu'il mangeait. Nous examinons avec attention et nous voyons en effet que, par l'extrémité supérieure de la dernière incision, il s'écoule de temps en temps quelques gouttes de salive. Si l'on fait mastiquer quelque peu le malade, la sécrétion augmente et devient abondante. M. le professeur Gilis pense à une fistule de la glande parotide ou du canal de Sténon.

L'écoulement salivaire dure huit jours environ et la cicatrition de la fistule s'opère spontanément, d'elle-même.

Cette guérison rapide nous avait donné à penser que, malgré la proximité du canal de Sténon dans ces parages, quelque lobe inférieur de la parotide avait dû être blessé.

Voilà rapportée, et aussi exactement que possible, l'observation curieuse autour de laquelle vont évoluer maintenant nos considérations anatomiques, cliniques et chirurgicales.

ÉTUDE ANATOMIQUE

L'observation qui précède montre que le phlegmon gangréneux a débuté dans la loge sous-maxillaire.

En effet, le tissu cellulaire sous-cutané de la région sus-hyoïdienne est épaissi, mais ne renferme pas de pus. Ce n'est qu'après l'incision de l'aponévrose cervicale superficielle que le pus s'écoule.

Poulsen a montré qu'en poussant une injection dans la loge sous-maxillaire, la masse se répandait vers la région carotidienne, en suivant la veine faciale ; vers le pharynx par l'ouverture postérieure ; et enfin vers le sillon alvéolo-lingual en cheminant le long du canal de Wharton ou bien en écartant les fibres du mylo-hyoïdien.

Ceci ne nous explique pas comment le pus contenu dans la loge sous-maxillaire a fusé vers la région massétérine ; mais nous croyons pouvoir donner à ce fait une interprétation et indiquer les différentes étapes suivies suivies par le phlegmon sus-hyoïdien qui fait l'objet de notre étude, en nous basant sur l'étude anatomique de la loge sous-maxillaire et des rapports qu'elle présente avec les régions voisines.

Une coupe frontale intéressant la région à un travers de doigt environ en avant de l'angle postérieur du maxillaire montre que la loge sous-maxillaire est limitée par 3 faces :

L'une supérieure et externe ;

L'autre inférieure et externe ;

La dernière postérieure et interne,

De plus, la dissection de la région sus-hyoïdienne met en évidence que les trois parois se rejoignent en avant et en arrière : la loge a donc la forme d'une double pyramide dont les bases seraient accolées.

La paroi supéro-externe est constituée par toute cette portion de la face interne du maxillaire inférieur revêtue de son périoste, comprise entre la ligne mylo-hyoïdienne et le bord inférieur de la mâchoire.

La paroi inféro-externe est entièrement limitée pas l'aponévrose sus-hyoïdienne. Charpy la décrit dans cette région sous le nom d'aponévrose sous-maxillaire.

Cette aponévrose s'attache en haut sur le bord inférieur de la mâchoire ; elle se fixe en bas sur la face antérieure de l'os hyoïde.

« Cette insertion hyoïdienne est un peu complexe. L'aponévrose se dédouble. Un feuillet superficiel et direct passe sans transition dans l'aponévrose sous-hyoïdienne, tandis qu'un feuillet réfléchi sert à la fixation osseuse. A son tour ce feuillet réfléchi se creuse en gouttière pour recevoir et maintenir le tendon du digastrique » (Charpy, *Traité d'anatomie humaine*, tome II, fascicule 1. Peauciers et aponévroses, p. 417).

La paroi interne est constituée par des plans musculaires superposés sur lesquels la glande sous-maxillaire s'appuie et se moule.

Ces plans sont formés en allant de la surface vers la profondeur :

1° Par le tendon intermédiaire du digastrique revêtu du

feuillet réfléchi de l'aponévrose sous-maxillaire, et par le ventre antérieur de ce muscle ;

2° Par le mylo-hyoïdien ;

3° Par le muscle hyo-glosse ;

Cette paroi musculaire est revêtue non par une aponévrose, comme les auteurs classiques l'ont soutenu longtemps, mais par un mince perymisium, c'est-à-dire une lame conjonctive très délicate.

A son extrêmité postérieure la loge sous-maxillaire paraît être fermée.

Les auteurs classiques décrivent cependant deux ouvertures : l'une antérieure, destinée au passage du canal de Wharton ; l'autre postérieure « conduisant, dit Charpy, le long du muscle stylo-glosse jusqu'au pharynx et près de l'amygdale. »

A notre avis, il existe une troisième ouverture qui n'est pas spécialement signalée par les auteurs classiques et qui nous a paru jouer un grand rôle dans la propagation du phlegmon sus-hyoïdien, que nous avons pour objet d'étudier.

En effet, lorsque l'artère faciale, après avoir croisé le digastrique et le stylo-hyoïdien, arrive sur la face interne de la glande sous-maxillaire, elle est alors contenue dans la loge sous-maxillaire.

Elle se creuse dans cette région une gouttière, ou bien un canal dans l'épaisseur de l'extrémité postérieure de la glande. Elle arrive ainsi sur le bord inférieur de la mâchoire qu'elle contourne. C'est à ce niveau que l'artère faciale quitte la loge sous-maxillaire pour entrer en rapport avec la région massétérine.

La loge sous-maxillaire renferme la glande sous-maxillaire et de nombreux ganglions.

Nous pensons que le groupe ganglionnaire de la région sous-maxillaire a été le foyer primitif de l'infection. Le pus a envahi ensuite toute la région sous-maxillaire.

Bridé en bas par les adhérences de l'aponévrose sus-hyoïdienne à l'os hyoïde, en arrière par la bandelette sous-maxillaire, le pus s'est propagé :

1° En avant, entre les deux muscles mylo-hyoïdien et hyoglosse ;

2° En haut, vers la région massétérine et la région parotidienne, par l'orifice que se creuse l'artère faciale dans l'aponévrose sus-hyoïdienne, au niveau du bord inférieur de la mâchoire.

ÉTUDE CLINIQUE

Un mot d'historique. — Le phlegmon gangréneux sus-hyoïdien a subi des dénominations de différente nature.

Décrit en 1836 par Ludwig (de Stuttgard), qui en fit une maladie spéciale qu'il rapprochait de l'érysipèle, bien qu'en 1830, si nous en croyons la thèse de Lyons (Montpellier 1897), Gensoul eût déjà publié une étude sur la question, on lui a attribué les appellations qui suivent :

1° Angine de Ludwig (terme donné par Camerer en 1837), qui a subsisté ;

2° Angine Gensoul-Ludwig. Phlegmon infectieux sus-hyoïdien et sub-lingual (Lyons, Thèse Montpellier 1897) ;

3° Phlegmon infectieux du plancher de la bouche (Morestin, *in* Le Dentu et Delbet, p. 146, t. VI), qui est l'appellation des classiques.

Nous dirons simplement : phlegmon gangréneux sus-hyoïdien.

ÉTIOLOGIE

Cette affection se voit ordinairement chez l'adulte. Quelles en sont les causes ? Elle sont multiples.

Il y a d'abord la question des lésions de la bouche :

a) Une carie dentaire, comme c'est le cas pour notre malade.

b) Une avulsion dentaire, comme c'est le cas pour un malade dont Lejars a établi l'observation dans son *Traité de chirurgie d'urgence.*

c) Une ulcération de la langue ou des gencives.

On peut encore invoquer :

d) Une ulcération herpétique des lèvres (un cas de Hosimoto, de Tokio, *in* Thèse de Chabrol, Paris, 1886-87).

e) Une infection amygdalienne.

La propagation se fait par la voie lymphatique et la voie glandulaire sur laquelle Roser insistait particulièrement.

A quoi est due l'infection ? Pour certains auteurs à plusieurs microbes, pour d'autres à une seule espèce microbienne constituée par les streptocoques ayant atteint un extrême degré de virulence.

La question de prédisposition a aussi son importance. Les diabétiques, les albuminuriques, les hépatiques, les débilités, se trouveraient particulièrement exposés, au cas de maladie de cette nature.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'ensemble, la maladie présente les caractères suivants :

Le malade, qui jusque-là était bien portant, a senti du côté des dents, du côté de la muqueuse buccale ou de la région amygdalienne, quelques légères douleurs auxquelles il ne prête qu'une minime attention. En peu de temps, et sans que pour cela le sujet en souffre davantage, la région sus-hyoïdienne présente une légère enflure latérale. De même apparaissent les premiers symptômes d'injection générale qui se marquent par de la pâleur de la face, de l'agitation, de l'insomnie, de la température.

La tuméfaction ne tarde pas à augmenter. Elle gagne les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire.

La peau est tantôt normale, tantôt grisâtre, tantôt rougeâtre comme pour un érysipèle. La tumeur a une consistance ligneuse.

Le plancher de la bouche subit un gonflement parfois très volumineux, la langue est repoussée vers le palais. Le malade est très gêné pour mastiquer, déglutir et aussi pour respirer. La salive s'écoule, à odeur très fétide. On remarque de la douleur plus grande et de la chaleur. La température est très élevée ; le pouls est rapide et petit.

Après cette période d'induration qui peut durer environ de trois à quatre jours, la mortification des tissus commence. Sur la peau apparaissent des phlyctènes à sérosité roussâtre qui se transforment en escarres. La muqueuse se mortifie partiellement.

La maladie s'aggrave. Le malade succombe soit par intoxication, soit par asphyxie, soit par pyohémie. Les cas de guérison sont plutôt rares.

Normalement, avons-nous dit, la tuméfaction a pour siège les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire. Elle ne se limite pas toujours à ces régions.

Dans le cas que nous publions, la tuméfaction remontait vers les régions parotidienne et massétérine.

On trouve plusieurs cas de ce genre, dans la thèse de Lyons, notamment :

a) Une observation (n° XIII) dans laquelle toute la face gauche, y compris les paupières, est œdématiée.

b) Une observation (n° XIV) d'après laquelle « la tuméfaction s'étend rapidement de la région cervicale gauche aux régions parotidienne et massétérine. »

c) Une observation (n° XV) du professeur Tédenat, dans laquelle « le gonflement s'étend jusque sous la région parotidienne et dépasse la ligne médiane. »

Bœhler (Th. Paris 1884-85) cite une observation du docteur Rösche, dans laquelle on trouve sur le côté droit du cou, au niveau de la parotide, une tumeur proéminente d'une grande dureté, étendue en bas jusqu'au manche du sternum.

Il peut y avoir propagation : vers le bas, du côté du sternum, du côté du médiastin, du côté du creux sous-claviculaire et de la fosse sus-épineuse ; latéralement du côté du larynx.

L'intervention chiaurgicale est la seule qui, menée rapidement et largement, puisse donner un résultat. On ne peut guère compter sur une guérison spontanée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de début sont assez difficiles à constater.

A une période plus avancée on observe :

— du tissu cellulaire rouge, dur, épais ou plus tard réduit en lambeaux sphacélés,

— des muscles que la gangrène a transformés en bouillie grisâtre et nauséeuse,

— des ganglions très rouges et très enflammés,

— des glandes salivaires saines au centre et ayant leur périphérie dilacérée et baignée dans le pus,

— des vaisseaux dont la tunique peut être enflammée.

Du côté de la bouche, les amygdales peuvent être prises. Les dents peuvent se carier.

Le maxillaire résiste ordinairement à tous les assauts et se conserve en parfait état.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien, sans avoir le caractère de facilité que lui prêtent certains auteurs, pourra être posé sans trop de tâtonnements grâce à sa symptomatologie caractéristique.

La difficulté résidera dans le diagnostic du début où l'on peut méconnaître l'affection et s'exposer à de graves mécomptes.

Quelles sont les maladies avec lesquelles on peut le confondre ?

a) Avec les adéno-phlegmons sous-maxillaires. « Mais dans ces adéno-phlegmons la fièvre et l'état saburral accompagnent seuls une tuméfaction superficielle, œdémateuse et rapidement fluctuante, qui arrive vite à la suppuration » (Forgue, *Précis de Pathol. externe*).

b) Avec le phlegmon glosso-thyro-épiglottique. Mais l'œdème se trouve au-dessus du cartilage thyroïde et ne gagne pas le plancher buccal en produisant le soulèvement sublingual.

c) Avec certaines amygdales suppurées, mais au début seulement.

d) De même pour les anthrax de la région mentonnière et sous-maxillaire.

PRONOSTIC

Le pronostic est des plus graves, en raison de la soudaineté des phénomènes, mais non point fatal dans tous les cas.

Il faut tenir compte de l'âge du sujet, de son sexe, de l'état général, de la virulence microbienne, de l'étendue de l'infection.

L'amélioration du pronostic est en raison directe de la rapidité de l'intervention.

TRAITEMENT

Le traitement se résume en deux indications très nettes :

1° Soutenir le malade ;

2° Traiter l'état local.

I. — Traitement général

On fera prendre au malade des boissons toniques : champagne, grog, café, alcool sous toutes ses formes.

On soutiendra le cœur, s'il y a lieu, par des injections de caféine, d'éther ou d'huile camphrée.

Si l'on craint une infection septique, faire de grandes injections de sérum artificiel à 7/1000. Utiliser la voie veineuse si l'on veut aller rapidement.

II. —Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical va nous arrêter longuement. Nous avons dit, en effet, dans notre introduction, que nous devions à ce propos émettre des déductions anatomo-opératoires de nature particulière.

Exposons tout d'abord la conduite à tenir dans les cas ordinaires.

Voici comment Lejars, dans son *Traité de chirurgie d'urgence* (1906) s'exprime au sujet de la technique opératoire :

« Traitez, dit-il, et tout de suite, ce phlegmon diffus sus-hyoïdien comme le phlegmon diffus des membres : débridez largement au thermo-cautère la loge médiane et les loges latérales, creusez en avant et sur les côtés de profonds sillons antéro-postérieurs qui pénètrent très loin au milieu de l'infiltration séro-sanieuse. »

Il recommande ensuite de larder la région au thermo-cautère, en évitant le trajet des gros vaisseaux. Pansement à l'eau oxygénée à 12 volumes. Pulvérisations avec ce liquide. L'employer dédoublé pour irriguer la bouche et la gorge.

Tillaux *(Anatomie topographique)* nous expose sa méthode en quelques termes brefs et concis :

Intervention rapide et précise. Ne pas attendre la fluctuation. Incisez la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane, au besoin latéralement. Traversez le muscle mylo-hyoïdien et traversez au-dessous de la langue.

Au lieu de pus, on aura parfois des gaz, de la bouillie sanieuse, des muscles sphacélés.

Badigeonner le foyer avec de la teinture d'iode.

Ce sont là les procédés classiques, ceux que l'on doit employer dans le phlegmon nettement sus-hyoïdien et sous-maxillaire.

Que faudrait-il faire si, comme le cas s'en est présenté pour nous, l'infection s'était propagée vers la face et avait envahi les régions parotidienne et massétérine ? A quels dangers est-on exposé ?

Trois organes sont en jeu dans cette portion : la parotide, le canal de Sténon et l'artère faciale, dont autant que possible il faudra respecter l'intégrité.

Quelle est donc leur situation topographique ?

a) *Glande parotide.* — La glande parotide nous présente des formes excessivement variées, non seulement chez les sujets, mais aussi sur un même sujet où la parotide droite peut très bien ne pas ressembler à la parotide gauche, et inversement.

Glande en grappe considérable, elle est contenue dans la loge parotidienne dont les rapports sont les suivants :

En dehors : la peau et l'aponévrose.

En avant : la partie postérieure du masséter, de la branche montante du maxillaire inférieur, du ptérygoïdien interne.

En arrière : le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et du ventre postérieur du digastrique.

En bas : la région sus-hyoïdienne.

En haut : la paroi inférieure du conduit auditif externe.

En dedans : l'apophyse styloïde et le paquet vasculo-nerveux extrêmement important.

La glande envoie trois prolongements :

1° Un pharyngien ;

2° Un massétérin sur la face externe de ce muscle ;

3° Un génien, antérieur ou parotide accessoire qui accompagne le canal de Sténon sur une portion de son trajet.

b) *Canal de Sténon.* — Ce canal, que Joncour appelle aussi « canal parotidien », a été étudié par de nombreux auteurs dont nous allons exposer les diverses interprétations.

Pour Tillaux : « La portion massétérine correspond à la partie moyenne du masséter et son extrémité antérieure prolongée irait aboutir à la commissure buccale.

» Il est donc d'une importance capitale d'éviter la blessure du canal de Sténon dans les opérations qu'on pratique sur la face : aussi faut-il en connaître exactement la direction.

» Les auteurs donnent comme point de repère *une ligne*

étendue du tragus à la commissure buccale. J'accepte cette ligne comme excellente à cause de la facilité qu'a le chirurgien de la déterminer. Elle est d'ailleurs suffisamment rigoureuse.

» Le canal de Sténon peut être comparé comme forme à deux barres parallèles reliées entre elles par une troisième légèrement oblique.

» L'orifice du canal de Sténon répond au collet de la première grosse molaire supérieure, à 33 millimètres en arrière de la commissure. »

Sappey (tome IV, page 80) : Le canal de Sténon tire son origine de la partie inférieure de la glande et contourne le bord parotidien de la mâchoire à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs. Arrivé à 1 centimètre au-dessous de la partie antérieure de l'arcade zygomatique il devient horizontal. Il s'ouvre dans la bouche au collet de la deuxième grosse molaire.

« Tous les auteurs se sont mépris sur la direction de ce conduit, pour n'avoir tenu compte que de sa partie terminale, en effet légèrement descendante. Ils ont complètement méconnu la partie intraglandulaire. Or celle-ci longe la moitié inférieure du bord antérieur de la glande. Elle se trouve donc superficiellement placée et n'est pas moins vulnérable, par conséquent, que la précédente. »

Pour Paulet (*Traité d'anatomie topographique,* tome I, page 185) : Le canal de Sténon prend naissance dans la partie supérieure de la glande et sur la face externe du masséter. Il traverse horizontalement la région massétérine suivant *une ligne menée du milieu de la hauteur du lobule de l'oreille à la racine du nez.*

Dans son *Traité d'anatomie appliquée* (3e édition, page 82), le même auteur dit que le canal de Sténon « est dirigé horizontalement suivant *une ligne menée du tragus à la base du nez.* »

Richet (page 509) : « J'ai déjà dit qu'il croisait les fibres du masséter dans leur 1/3 supérieur, mais il faut une plus grande précision. Sa direction est oblique en bas, de l'oreille vers la ligne médiane, et son trajet est représenté par *une ligne tirée du tragus à la commissure labiale.* »

Poirier (*Traité d'anatomie*, tome IV, page 658) : Le conduit principal traverse toute la glande et reçoit les conduits secondaires. Il la traverse en suivant un trajet oblique en haut et en avant et reçoit de là 14 conduits accessoires.

Direction : « A son origine il est environ à 15 millimètres de l'arcade zygomatique. Au niveau du bord antérieur du masséter 4 ou 5 millimètres seulement le séparent du bord inférieur de l'os malaire. Il oblique en bas et en avant.

» Sa direction générale est assez bien indiquée par une ligne allant *du lobule de l'oreille à l'aile du nez.* »

Joncour (Thèse Bordeaux, 1898) : Le bord antérieur de la parotide forme une droite assez régulière parallèle aux fibres du masséter. Le canal de Sténon émerge à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen de ce bord antérieur.

Direction : « Dégagé de la glande, le canal parotidien monte obliquement en haut et en avant, se rapproche de l'arcade zygomatique dont il reste toujours distant de 15 millimètres environ. Il contourne le bord antérieur du masséter et la boule graisseuse de Bichat puis arrive sur le buccinateur. Il reprend alors sa direction première d'arrière en avant.

L'artère transversale de la face, chemine, parallèlement au-dessus de lui à égale distance du canal et de l'arcade zygomatique.

La ligne du tragus à la commissure buccale coupe toujours le canal en un point voisin de l'os malaire.

L'épaisseur du canal est variable suivant les individus, de même pour son calibre.

Avant de pénétrer dans le buccinateur le canal est inclus entre les deux feuillets de l'aponévrose.

c) *Artère faciale.* — Branche de la carotide externe, se dégage de la glande sous-maxillaire à la partie postérieure, contourne de bas en haut le bord inférieur du maxillaire en avant du masséter.

Elle devient superficielle et repose sur les muscles buccinateurs, carrés et triangulaire du nez dont elle croise la direction.

Points de repères chirurgicaux

En résumé, de toute l'étude précédente il résulte :

1° Que la parotide est plus ou moins volumineuse et de forme plus ou moins variable.

2° Que le canal de Sténon est sujet lui aussi à des variations de trajet et de situation.

Il sera permis d'en juger par les deux gravures faites d'après nature et représentant :

N° 1. Glande parotide et canal de Sténon vus à travers l'aponévrose.

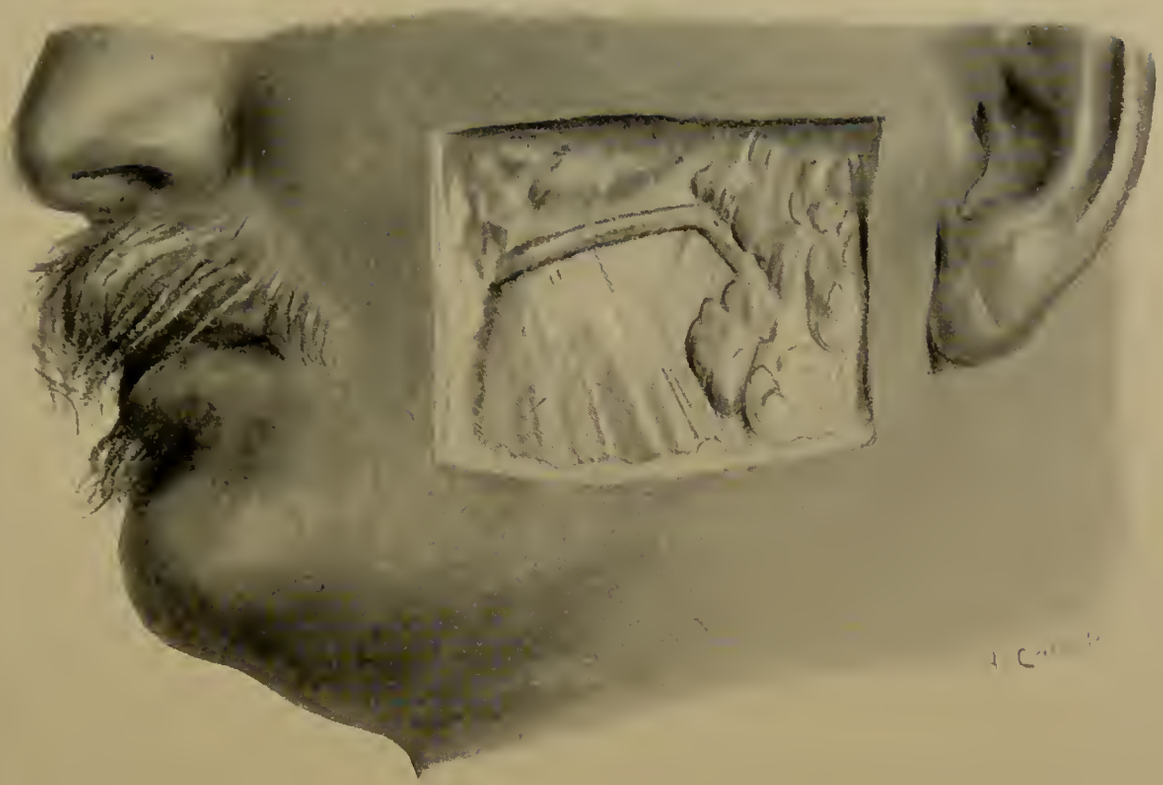
N° 2. Glande parotide. Canal de Sténon. Boule graisseuse Bichat. Faciale après dissection.

3° Que l'on a comme points de repère.

a) Une ligne étendue du tragus à la commissure buccale (soit aa') et que nous prions le lecteur de tracer virtuellement sur la figure.

b) Ou bien une ligne allant de la partie inférieure du lobe de l'oreille à l'aile du nez (soit bb' *ut supra*).

Ces deux lignes mettent à découvert le canal de Sténon dans une région voisine de l'os malaire et on les considère comme assez exactes.



Remarques sur l'opération

Le praticien qui fait une ouverture dans les régions parotidienne et massétérine ne doit pas aborder une telle incision à la légère. Il doit avoir bistouri, thermo-cauthère, des pinces à forcipressure, des fils à ligature.

Il faut, en effet, procéder par dissection, s'enfoncer dans la région à une grande profondeur. Des artères importantes peuvent être ouvertes.

En faisant la contre-ouverture du côté de la joue, M. le professeur Gilis pensait au canal de Sténon. Il avait tracé par la pensée la ligne aa' dont nous avons parlé plus haut.

Cependant en un point situé à 2 centimètres et demi en avant de l'extrémité inférieure du lobe de l'oreille et à 2 centimètres au-dessous de la ligne aa' se produisit une fistule salivaire sur le masséter.

La salive coulait abondante pendant la mastication. Mais quand le malade pressait avec le doigt sur l'orifice fistuleux, plus rien ne s'écoulait.

Comme les fistules du canal de Sténon ne guérissent pas spontanément et que celle-ci guérit au bout de huit jours, nous avons pensé qu'il s'agissait d'une lésion d'un lobe inférieur de la parotide dans lequel un ou plusieurs canaux accessoires avaient dû être touchés.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail se dégagent, semble-t-il, les conclusions suivantes :

Le phlegmon sus-hyoïdien étudié avec soin pendant ces dernières années nous apparaît comme une affection spéciale ayant sa symptomatologie propre et ses caractères distincts.

Le siège anatomique principal est ordinairement la loge sous maxillaire. De là, ce phlegmon peut s'étendre soit en bas vers la partie inférieure du cou, soit en haut du côté des régions massétérine et parotidienne et nous pensons que dans cette propagation la gaîne du tissu conjonctif qui entoure la faciale peut servir de voie de conduction à l'infection.

Le diagnostic doit être porté aussi précocement que possible, étant donné les dangers que court le malade en raison de la soudaineté du mal à se développer.

Il y a par suite nécessité d'opérer immédiatement. Ne pas attendre la fluctuation, car en ce cas on risquerait de ne la sentir que trop tardivement. Le pus en effet cloisonné par les aponévroses ne trouve une libre issue vers la peau que lorsqu'il existe des lésions anatomo-pathologiques très avancées.

Débrider largement dans la région sus-hyoïdienne et dans les régions voisines s'il y a lieu.

Si l'infection s'est propagée dans la région parotido-massétérine, agir avec prudence.

Il faut songer en effet à l'importance de trois organes principaux de la région : la parotide, la faciale et enfin le canal de Sténon dont nous avons tenu à préciser les rapports en raison des fistules inguérissables qui peuvent survenir quand le canal-lui même a été blessé sur le masséter.

Ne pas négliger l'état général qui a son importance.

Enfin, nous le redisons encore, le médecin doit se souvenir constamment qu'il faut agir, et agir promptement. Chaque minute d'hésitation risque d'annuler les chances d'une intervention qu'on voudrait plus souvent victorieuse.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 juillet 1906.
Le Recteur,
A. BENOIST.